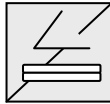


Fax Ratunkowy Wezwanie o Pomoc _____



Jestem głuchy
nie słyszę



Jestem niemową
nie mówię



Jestem inwalidą

Kto pisze?

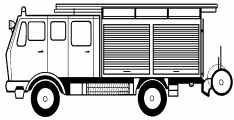
Nazwisko: _____ Mój Fax _____

Dokąd ma przyjść pomoc?

Ulica: _____ Nr. Domu: _____ Piętro: _____

Miejscowość: _____

Kto ma pomóc?



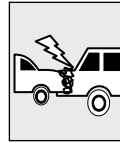
Straż Pożarna



Ogień



Awaria



Wypadek



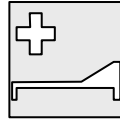
Pogotowie Ratunkowe



Lekarz



Skaleczenie



Choroba



Policja



Włamanie



Napad



Bójka

Cosie stało?

Proszę o informacje godzin przyjęć w Weekend następujących specjalistów:



Lekarz



Dentysta



Laryngolog



Okulista



Apteka w pobliżu: _____

Adres: _____

Nr. Faxu: _____ Telefon: _____

Z góry dziękuję!

Podpis: _____

----- Proszę potwierdzić! -----

Fax Ratunkowy doszedł i Pan/Pani _____

jest w drodze do Państwa

podpis Dyżurnego: _____